

TRAUME OG PTSD SCREENING (TRAPS)

Spørsmålene under refererer til hendelser som kan ha inntruffet når som helst i livet ditt, inkludert tidlig barndom. Vennligst marker med et kryss om noe av dette har skjedd med deg. Dersom du ikke ønsker å svare på et spørsmål kan du la det stå ubesvart.

		Ja	Nei
1.	Har du noen gang hatt en livstruende sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Har du noen gang vært med i en livstruende ulykke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Har du noen gang vært direkte berørt av en naturkatastrofe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Har du noen gang blitt utsatt for ran eller overfall med bruk av fysisk makt eller våpen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Har noen i din aller nærmeste familie, samboer/kjæreste eller svært nær venn dødd i ulykke, drap eller selvmord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Har du noen gang opplevd at noen (foreldre, annet familie-medlem, partner, bekjent eller andre) ved bruk av <u>fysisk makt</u> eller trusler har tvunget deg til å ha samleie eller oral sex eller anal sex mot din vilje? (Enten ved å fysisk tvinge deg, true deg, eller ved å utnytte en situasjon der du ikke kunne forsvare deg, for eksempel at du sov eller var bevisstløs/beruset.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Annet enn de hendelsene du allerede har krysset av for: Har du noen gang opplevd at noen har berørt kjønnsorganene dine mot din vilje, eller fått deg til å berøre sitt kjønnsorgan mot din vilje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Da du var barn: Opplevde du at en av foreldrene dine, en omsorgsperson eller noen annen voksen noen gang sparket deg, slo deg, eller på annen måte angrep eller skadet deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Som voksen: Har du noen gang blitt sparket, slått, banket opp eller på annen måte blitt fysisk skadet av en partner, en kjæreste, et familie-medlem, en bekjent eller en annen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Har en av foreldrene dine, en kjæreste/partner eller familiemedlem gjentatte ganger latterliggjort deg, ydmyket deg eller fortalt deg at du ikke er noen ting verdt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Har noen utenfor familien, som medelever eller kollegaer, gjentatte ganger latterliggjort deg, ydmyket deg eller fortalt deg at du ikke er noen ting verdt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Annet enn de hendelsene du allerede har krysset av for: Har du noen gang opplevd at noen har <u>truet</u> deg med et våpen (som for eksempel en kniv eller en pistol)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Har du noen gang vært vitne til at en annen person ble drept, alvorlig skadet, mishandlet eller utsatt for et seksuelt overgrep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Har du noen gang opplevd noen annen situasjon der du ble alvorlig skadet eller livet ditt var i fare (for eksempel militær strid, opphold i krigssone eller et terrorangrep)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Annet enn de hendelsene du allerede har krysset av for: Har du noen gang opplevd noen annen situasjon som var veldig skremmende eller fryktelig, eller der du følte deg svært hjelpeløs Vennligst beskriv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→	Dersom du har svart «ja» på flere enn ett spørsmål, vennligst indiker med en stjerne (*) den hendelsen som plager deg mest i dag.		

Stressful Life Events Screening Questionnaire – Revised (SLESQ). Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, & Green, 1998

Norsk oversettelse ved Thoresen & Øverlien (2013). Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS)

SNU ARKET!

Nå ber vi deg, med den verste hendelsen i tankene, å lese hvert av problemene under og deretter krysse av for hvor mye du har vært plaget i løpet av den siste måneden.

<i>Hvor mye har du den siste måneden vært plaget av følgende:</i>	<i>Slett ikke</i>	<i>Ganske lite</i>	<i>Moderat</i>	<i>Ganske mye</i>	<i>Svært mye</i>
1. Gjentatte, forstyrrende og uønskede minner om den belastende opplevelsen?	0	1	2	3	4
2. Gjentatte og forstyrrende drømmer om den belastende opplevelsen?	0	1	2	3	4
3. At du plutselig føler eller handler som om den belastende hendelsen faktisk skjedde igjen (som om du faktisk var tilbake og gjenopplevde den)?	0	1	2	3	4
4. Føler deg veldig opprørt når noe minner deg om den belastende opplevelsen.	0	1	2	3	4
5. Sterke fysiske reaksjoner når noe minner deg om den belastende opplevelsen (f.eks. hjertebank, åndenød, svette)?	0	1	2	3	4
6. Unngår minner, tanker eller følelser forbundet med den belastende opplevelsen?	0	1	2	3	4
7. Unngår forhold som minner om den belastende opplevelsen (f.eks. personer, steder, samtaler, aktiviteter, objekter eller situasjoner)?	0	1	2	3	4
8. Problemer med å huske viktige deler av den belastende opplevelsen?	0	1	2	3	4
9. Sterke negative oppfatninger om deg selv, andre mennesker eller verden (f.eks. tanker som: Jeg er et dårlig menneske, det er noe alvorlig galt med meg, ingen er til å stole på, verden er gjennomgående farlig)?	0	1	2	3	4
10. Klandrer deg selv eller noen andre for hendelsen eller det som skjedde etter hendelsen?	0	1	2	3	4
11. Sterke negative følelser som frykt, skrekk, sinne, skyld eller skam?	0	1	2	3	4
12. Tap av interesse for aktiviteter som du pleide å like?	0	1	2	3	4
13. Føler deg fjern eller avskåret fra andre mennesker?	0	1	2	3	4
14. Problemer med å ha positive følelser (f.eks. ute av stand til å føle glede eller ha varme følelser for mennesker som står deg nær)?	0	1	2	3	4
15. Irritabel oppførsel, sinneutbrudd eller aggressivitet?	0	1	2	3	4
16. Tar for mange sjanser eller gjør ting som kan skade deg?	0	1	2	3	4
17. Er overdrevent oppmerksom, skjerpet eller på vakt?	0	1	2	3	4
18. Følelsen av å være skvetten eller lettskremt?	0	1	2	3	4
19. Vanskeligheter med å konsentrere deg?	0	1	2	3	4
20. Vanskeligheter med å falle i søvn eller sove uavbrutt?	0	1	2	3	4
Totalskåre:					